



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

QALY-katalog som prioriteringsinstrument

Ehlers, Lars Holger; Christiansen, Per; Larsen, Peter; Olesen, Anne Vingaard

Published in:
Danish Health Care Journal

Publication date:
2014

Document Version
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Ehlers, L. H., Christiansen, P., Larsen, P., & Olesen, A. V. (2014). QALY-katalog som prioriteringsinstrument. *Danish Health Care Journal*, 90(4), 4-9.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

90. årgang · Nr. 4 · Maj 2014



- Dansk QALY-katalog på vej
- Nytænkende digital løsning fra Steno
- Succes med tværfaglig afsnitsledelse
- Evidensbaseret sygepleje – et ledelsesansvar



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Danish Health Care Journal

90. årgang 4/2014

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen udgives af Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. ISSN: 2245-7100.

Henvendelse om medlemsoptagelse i DSS og om ændringer i medlemsregistrering rettes til:

Sekretariatsleder Tove Krarup

Tlf: 24 66 48 90 · E-mail: tovekrarup@mail.dk

Artikler til TFDS: Se forfattervejledning på www.dssnet.dk

Kommende deadlines:

Septemberudgaven: 11.08.14

Oktoberudgaven: 15.09.14

Novemberudgaven: 13.10.14

Redaktionsudvalg

Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen, formand

Kvalitet og Data, Region Midtjylland

Tlf.: 78 41 23 00 · E-mail: hangra@rm.dk

Cheflæge Paul D. Bartels, Faglig leder af

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Tlf.: 87 28 49 70 · E-mail: paul.bartels@stab.rm.dk

Oversygeplejerske, MPM Bente Dam

Akutafdelingen Viborg, Hospitalsenheden Midt

Tlf.: 22 13 43 90 · E-mail: bente.dam@viborg.rm.dk

Vicedirektør Peter Mandrup Jensen

Nordsjællands Hospital

E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Adm. direktør Jens-Otto Skovgaard Jeppesen

Specialhospitalet FILADELFIA

Tlf.: 24 94 56 12 · E-mail: jesje@filadelfia.dk

Direktør Vagn Nielsen, Sundhedsstyrelsen

Tlf.: 72 22 76 01 · E-mail: vn@sst.dk

Jan Nielsen

Klinikchef, Aalborg Sygehus

E-mail: j.nielsen@rn.dk

Konsulent John Arne Sørensen

Tlf.: 30 28 46 25 · E-mail: johnarnesorensen@gmail.com

Redaktion

Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen

Kvalitet og Data, Region Midtjylland

Tlf.: 78 41 23 00 · E-mail: hangra@rm.dk

Journalist/redaktionssekretær Beth Werner

E-mail: freefyn@mail.tele.dk

Abonnement: Abonnement på TFDS oprettes på www.dssnet.dk.

Pris: kr. 500,00 incl. moms for 8 årlige onlineudgaver.

Annoncer: Dansk Mediaforsyning ApS

Elkjærvej 19, stuen, 8230 Åbyhøj

Tlf. 70 22 40 88 · E-mail: oe@dmfnet.dk

Layout og produktion: ProGrafisk ApS · Tlf. 63 38 39 40

Forsidefoto: OP fra hospital i Region Midtjylland.

Indholdsfortegnelse

■ Synspunkt

- Ledere skal gå forrest og ud i klinikken. 3
Af Bente Ourø Rørth

■ Sundhedsvæsenet lige nu

- QALY-katalog som prioriteringsinstrument 4
Af Lars Ehlers, Per Christiansen, Peter Larsen og Anne Vingaard Olesen
- Ny digital platform skal styrke patienternes involvering i egen behandling. 10
Af Philip Munch, Nana Folmann Hempler, Gregers Stig Andersen, Ingrid Willaing og Martin Ridderstråle
- Fra specialernes til patienternes hospital. 18
Af Allan Vestergaard og Bo Lynggaard
- Tværfaglig afsnitsledelse 27
Af Mette Vestergaard, Susanne Østergaard og Line Sakstrup Frandsen
- Evidensbaseret sygepleje – et ledelsesansvar 35
Af Lis Horstmann Nøddeskov, Lars Hemmingsen og Britta Hørdam
- DDS-studierejse 2014: EU- Bruxelles fra 3. til 5. november 42

Ledere skal gå forrest og ud i klinikken!



Af Bente Ourø Rørth, Hospitalsdirektør, Nordsjællands Hospital

For fire år siden gik Nordsjællands Hospital sammen med fire andre danske hospitaler med i det nationale projekt – Patientsikkert Sygehus. Vi var ret sikre på, at vi gik ind til en opgave, hvor det drejede sig om at implementere nogle pakker, hvor vi som ledelse skulle bakke op om de ændringer, der skulle til. En afgrænset opgave, der ville give et resultat i form af 15 % færre døde og 30 % færre skader.

Men det har vist sig, at en af de største forandringer, projektet har medført, er sket i vores kultur og den måde vi driver et moderne hospital på som sundhedsfaglige ledere.

Vi har i dag en helt anden forståelse og viden om vores patienter end før, og det har givet et markant løft i kvaliteten, af den pleje og behandling vi giver. Helt fremme i frontlinjen har vi rykket os markant, hvilket vores patienter hver dag mærker i form af færre skader, mindre dødelighed og langt bedre kvalitet i vores behandling og pleje.

Men også på ledelsesniveau, har vi rykket os afgørende på en række punkter. På direktionsniveau har vi fået en klinisk datadrevet platform, hvor data er daglige og tidstro helt ned på afsnitsniveau. Ikke noget med data der er halve eller hele år gamle. Vi er ude i klinikken; vi går ugentlige patientsikkerhedsrunder. Kommer mere naturligt ud til frontlinjepersonalet, fordi vi har samme formål, sprog og metoder. Det giver os en viden, som vi aldrig på samme måde har haft før. En viden som forpligter os til at forbedre og udvikle.

Jeg og alle andre på hospitalet har nu to jobs: at gøre vores arbejde og at forbedre vores arbejde.

På afdelingsniveau har vi fået et

meget skarpere blik for, hvor essentielt det faglige lederskab er. Ledere og mellemledere skal gå foran og have en holdning til, hvad der er god kvalitet og signalere, at patienterne skal have alle chancer. Det er deres kerneopgave, og det er vores opgave som øverste ledelse, at give dem plads til det. Det administrative kan vi bedre have hjælpefunktioner til.

Betydningen af arbejdet med projektet Patientsikkert Sygehus har været stor og på alle måder givet hospitalet et løft, som vi på ingen måde selv kunne have gjort. Projektet har været en gave til patienterne, så de ikke mister deres liv og får påført skader. En gave til personalet, som med dette projekt har erhvervet kompetencer, der gør dem i stand til at give en bedre behandling og pleje. En gave til alle de sundhedsfaglige ledere, som har fået deres job tilbage ved at få en platform, hvor de naturligt kommer tæt på den kliniske praksis og er med til direkte at skabe forbedringer.

[Gå til ledelsesbloggen på DSSnet](#)



QALY-katalog som prioriteringsinstrument

Dansk QALY-katalog med flere muligheder for anvendelse under udvikling

Af Lars Ehlers,
Per Christiansen, Peter Larsen
og Anne Vingaard Olesen

Som et nyt instrument til prioritering og sundhedsøkonomiske analyser har man i USA og England udviklet såkaldte QALY-kataloger (1). Disse kataloger angiver en livskvalitetsscore for personer med forskellige kroniske sygdomme og viser på denne måde, »hvem har det værst?«

Denne artikel vil kort redegøre for det danske QALY-katalog, som er under udvikling i Danish Center for Healthcare Improvements (DCHI), og skitsere forskellige anvendelsesmuligheder (2).

Hvad er QALY-scorer?

En QALY-score er et mål for en persons helbredsrelaterede livskvalitet målt på en skala fra 0-1, hvor 1 er perfekt sundhed og 0 er død.

QALY-scorer beregnes på baggrund af besvarelser af det såkaldte EQ-5D spørgeskema, som blandt andre Region Nordjylland benyttede sig af i Sundhedsprofil 2013.

QALY-scorer adskiller sig fra andre målemetoder på en række områder; Der er tale om en intervalskala med en samlet score (modsat fx SF-12 som opgøres i to separate scorere for hhv. fysisk og psykisk helbred) og skalaen er præferencebaseret. Med dette menes, at QALY-scorerne udregnes på baggrund af en algoritme, som udtrykker den

gennemsnitlige danskers holdning til, »hvad der er værst«.

Set med prioriteringsbriller er der stærke normative argumenter for at anvende en skala, der udtrykker den danske befolknings holdninger, da det jo også er den danske befolkning, som betaler for det offentlige sundhedsvæsen.

Hvad er et QALY-katalog?

Et QALY-katalog er en opgørelse af gennemsnitlige QALY-scorer for forskellige kroniske sygdomme.

Tabel 1 viser et eksempel på et QALY-katalog baseret på de 18 selvrapporterede sygdomme i Sundhedsprofil 2013.

Tabel 1 viser, at borgere med langvarige psykiske lidelser er den gruppe, som har det værst. Næst-

værst er eftervirkninger fra en apopleksi. I alle grupper er den gennemsnitlige helbredsrelaterede livskvalitet dårlige end gennemsnittet i befolkningen på 0,846.

Hvad koster kroniske sygdomme?

I tabel 2 er lavet en opgørelse af de gennemsnitlige sundhedsudgifter i året 2013 for de samme borgere i sundhedsprofilen. Opgørelsen dækker alle udgifter i det regionale sundhedsvæsen til stationær og ambulant sygehusbehandling samt sygesikringsområdet dvs. medicin, praktiserende læge m.m. samt alle kommunale sundhedsudgifter til hjemmepleje, sygeplejerske, træning, praktisk hjælp samt plejebolig.

Den gennemsnitlige udgift per borger var 13.370 kr. i det regionale sundhedsvæsen (inklusiv kommunal medfinansiering) svarende til at 42,4 % af borgerne havde et forbrug. Den gennemsnitlige kommunale udgift per borger var 1.358 kr. i 2013 svarende til at ca. 1,2 % af borgerne havde et forbrug.

Det ses af tabel 2, at kræftpatienten

Tabel 1. QALY-katalog baseret på selvrapporteret sygdom (kontrolleret for alder og køn). Data fra Sundhedsprofil 2013 i Region Nordjylland (N=19591)

Kronisk sygdom	QALY-score	Rangorden
Psykisk lidelse >6mdr	0,727	1
Blodprop i hjernen	0,740	2
Diskusprolaps	0,745	3
Leddegigt	0,756	4
Slidgigt	0,769	5
Psykisk lidelse < 6mdr	0,769	6
Knogleskørhed	0,786	7
Migræne, Hyppig hovedpine	0,789	8
Blodprop i hjertet	0,796	9
Kræft	0,799	10
Sukkersyge	0,800	11
Kronisk bronkitis, KOL	0,802	12
Hjertekrampe	0,803	13
Grå stær	0,804	14
Forhøjet blodtryk	0,824	15
Astma	0,825	16
Tinitus	0,829	17
Allergi	0,838	18
Gns. Region N	0,846	–

Tabel 2. Gennemsnitlige sundhedsudgifter i 2013 for borgere med kronisk sygdom (N=19591)

Kronisk sygdom	Udgift	Rangorden
Kræft	59.519	1
Blodprop i hjernen	43.239	2
Blodprop i hjertet	41.812	3
Knogleskørhed	27.530	4
Kronisk bronkitis, KOL	23.819	5
Hjertekrampe	22.240	6
Sukkersyge	22.183	7
Leddegigt	21.422	8
Astma	19.102	9
Forhøjet blodtryk	17.605	10
Grå stær	17.055	11
Diskusprolaps	16.690	12
Psykisk lidelse <6mdr	16.607	13
Psykisk lidelse >6mdr	16.445	14
Slidgigt	16.154	15
Migræne, Hyppig hovedpine	13.559	16
Allergi	12.813	17
Tinnitus	12.665	18
Gns. Region	14.853	

ter er den gruppe, der koster mest. Næstdyrest er blodpropper i hjerne og hjerte.

Bruges pengene på de patienter, der har det værst?

På baggrund af oplysningerne i tabel 1 og 2 kan man undersøge, om der er sammenhæng mellem sundhedsudgifter og »hvem der har det værst«.

Tabel 3 viser rangordning af sundhedsudgifter (hvor 1 er dyrest) og rangordning af QALY-scorer (hvor 1 har dårligst helbredsrelateret livskvalitet) samt en beregning af forskellen mellem de to rangordninger.

Endvidere vises en beregning af de årlige sundhedsudgifter divideret med QALY-score. Dette kan tolkes som et groft udtryk for, hvad det i gennemsnit har kostet sundhedsvæsenet i 2013 at give patienterne et godt leveår (kr. per 'QALY').

Det ses af tabellen, at der er to typer af differencer. De negative differencer viser sygdomme, hvor vi tilsyneladende bruger mange penge i forhold til, hvor dårligt andre patientgrupper har det. Dette gælder

blandt andet kræftområdet og hjertesygdomme. De positive differencer viser områder, hvor vi tilsyneladende har relativt små udgifter i forhold til, hvor dårligt patienterne relativt set har det. Dette gælder blandt andet psykiske lidelser, men også smerterelaterede sygdomme som gig, migræne og ryglidelser.

Hvad kan QALY-kataloger bruges til?

QALY-kataloger kan bruges til at rette opmærksomheden på forskelle mellem patientgrupper i sundhedsvæsenet. Som nyt instrument tilføjer det en ekstra dimension ved at sammenholde oplysninger på patientgruppe-niveau om livskvalitet (og sundhedsindsatser).

Det viste eksempel på QALY-katalog i denne artikel er baseret på en meget grov gruppering med kun 18 selvrapporterede sygdomme. I DCHI arbejdes på et registerbaseret QALY-katalog med lægefaglige kriterier for gruppetilhørsforhold for omkring 200 kroniske sygdomme – et arbejde som også har mere generel anvendelighed for så vidt angår definition af kronisk sygdom (2).

Tabel 3. Forskellen mellem »hvem der har det værst« og »hvad der bruges penge på«

Kronisk sygdom	Rang-orden Udgifter	Rang-orden QALY-scorer	Forskel	Kr./'QALY'
Kræft	1	10	-9	74.529
Blodprop i hjernen	2	2	0	58.400
Blodprop i hjertet	3	9	-6	52.561
Knogleskørhed	4	7	-3	35.025
Kronisk bronkitis, KOL	5	12	-7	29.685
Hjertekrampe	6	13	-7	27.693
Sukkersyge	7	11	-4	27.725
Leddegigt	8	4	4	28.340
Astma	9	16	-7	23.146
Forhøjet blodtryk	10	15	-5	21.363
Grå stær	11	14	-3	21.213
Diskusprolaps	12	3	9	22.403
Psykisk lidelse <6mdr	13	6	7	21.587
Psykisk lidelse >6mdr	14	1	13	22.608
Slidgigt	15	5	10	21.020
Migræne, Hyppig hovedpine	16	8	8	17.194
Allergi	17	18	-1	15.290
Tinnitus	18	17	1	15.281



Om forfatterne



Lars Ehlers

Professor ved AAU og daglig leder af Dansk Center for Healthcare Improvements.
lehlars@business.aau.dk



Per Christiansen

Regionsdirektør i Region Nordjylland og formand for Dansk Selskab for ledelse i sundhedsvæsenet.
per.christiansen@rn.dk



Peter Larsen

Konstitueret direktør med ansvar for sundhedsområdet, Region Nordjylland.
pl@rn.dk



Anne Vingaard Olesen

Adjunkt ved AAU og medarbejder ved Dansk Center for Healthcare Improvements.



Som prioriteringsinstrument er QALY-kataloger naturligvis af begrænset anvendelse i forhold til mere teoretisk korrekte instrumenter på interventionsniveau som fx MTV, multi-kriterie analyser og sundhedsøkonomiske evalueringer. Problemet ved at bruge QALY-katalog som prioriteringsinstrument er blandt andet, at det ikke fortæller noget om hvilke behandlingsmuligheder, der eksisterer (eller ikke eksisterer) for de forskellige patientgrupper og, hvad effekten af disse er på langt sigt.

Den primære anvendelse af



QALY-kataloger hidtil er blandt sundhedsøkonomer, som anvender informationer om gennemsnitlig livskvalitet som mulighed for at standardisere sundhedsøkonomiske beregninger (1).

QALY-kataloger kan imidlertid også bruges til at rejse en række kritiske spørgsmål og afføde en værdifuld dialog om den aktuelle prioritering af de knappe ressourcer i sundhedsvæsenet.



Referencer

- Sullivan PW, Slejko JF, Sculpher MJ, Ghushchyan V. Catalogue of EQ-5D scores for the United Kingdom. Med Decis Making. 2011;31:800-4.
- Hvidberg MF, Petersen KD, Ehlers L. Catalogue of EQ-5D Scores for Chronic Conditions in Denmark. Value in Health. 2013;16:A595.

Health & Rehab Scandinavia

9. - 11. september 2014 · Bella Center · København

Besøg Skandinaviens største fagmesse

Gå ikke glip af Nordeuropas vigtigste mødested, når social- og sundhedssektoren sætter fokus på:

Teknologi

Sundhedsteknologier og velfærdsteknologier som øger kvaliteten og trygheden for patienter og borgere, øger effektiviteten, letter arbejdsbyrden for personalet samt forbedrer arbejdsmiljøet. Herunder også HIT-zonen – den tidligere HIT-messe – med IKT-hjælpemidler til brug i skolen, på jobbet og i dagligdagen.

Fremtidens Byggeri

Arkitektur, tilgængelighed, indretning, installationer, inventar, trivsel, bæredygtighed, arbejdsmiljø og meget mere til sygehusbyggeri, plejehjemsbyggeri, ældreboliger, socialpædagogiske bomiljøer og sundhedshuse.

Rehabilitering

Indsats og de hjælpemidler som bruges til at støtte borgere og patienter i deres recovery-proces i forbindelse med fysiologisk rehabilitering, psykosocial rehabilitering og neurologisk rehabilitering samt hverdagsrehabilitering, vedligeholdelsestræning mv.

Aktivt Liv

Et aktivt liv i alle livets facetter: arbejdsliv, socialt liv og fællesskab, foreningsaktiviteter, bredde- og konkurrencesport, ferie og rejser, hobby og fritidsaktiviteter, friluftsliv og udeliv, dating, kærlighedsliv og sexliv.

Kost & Trivsel

Ernæringens vigtige rolle i forhold til rehabilitering, restitution og sundhedsfremme, herunder også måltidets betydningsfulde social og kulturelle betydning.



HEALTH
& REHAB
SCANDINAVIA

Slip for at stå i kø

Tilmeld dig vores nyhedsbrev, så får du direkte besked, når vi åbner for den gratis besøgsregistrering.

Vil du være udstiller?

Ring og hør om muligheder på:
6122 5756 · 4015 9151.

Arrangør:



Læs mere på:

www.health-rehab.com



Ny digital platform skal styrke patienternes involvering i egen behandling

Steno Diabetes Center tilbyder som de første i Danmark patienterne en samlet digital løsning

Af Philip Munch, Nana Folmann Hempler, Gregers Stig Andersen, Ingrid Willaing, Martin Ridderstråle

Steno Diabetes Center lancerede i december 2013 *Mit Steno* – en ny digital platform til centerets 5600 diabetes patienter. Læs om innovationen og få ideer til, hvordan du kan involvere din organisation i udviklingen af fremtidens digitale løsninger.

Som det første behandlingssted i Danmark tilbyder Steno Diabetes Center sine patienter en samlet digital løsning, der bl.a. giver patienter-

ne adgang til deres personlige diabetes data med mulighed for at sætte personlige mål og forberede konsultationer med deres behandlere på Steno online.

Løsningen er i tråd med Regionernes sundheds-IT strategi, fordi den styrker den enkelte patients mulighed for selv at involvere sig i sin behandling og fremmer derved engagementet og ejerskabet i forhold til selv at passe sin sygdom.

I løbet af 2014 igangsættes forskning om *Mit Steno*, der bl.a. skal undersøge, hvordan løsningen påvirker patienternes sundhedskompetence og samarbejdet med de sundhedsprofessionelle.

Tværfaglig og åben udviklingsproces

Udviklingen af *Mit Steno* opstod som en del af udviklingen af en ny hjemmeside. De første ideer til løsningen opstod i en tværfaglig udviklingsgruppe på Steno. I et flashback til udgangspunktet i foråret 2012 var situationen nogenlunde sådan her:

I et stort mødelokale på et konferencenter sidder en projektgruppe af medarbejdere fra Steno Diabetes Center. Projektets styregruppe har udpeget en projektleder, men ellers er gruppen fladt organiseret med specialister fra vidt forskellige fag-


Steno Diabetes Center - Windows Internet Explorer

https://dev.steno.dk/MitSteno/


File Edit View Favorites Tools Help

Steno Diabetes Center

Mit Steno Indstillinger Beskeder Værktøjer Spørgeskemaer



Hvorfor Mit Steno?



Klinikchef Martin Ridderstråle fortæller, hvordan Mit Steno kan hjælpe dig.

Mine aftaler

Amb.Besøg Planlagt 31-12-2013 kl. 23:45

Amb.Besøg Planlagt 06-08-2013 kl. 11:45

Amb.Besøg Planlagt 06-08-2013 kl. 10:45


Amb.Besøg Aflyst 06-08-2012 kl. 09:45

Amb.Besøg Afsluttet, Ikke mødt 06-08-2012 kl. 09:15

Mine tal

	18-02-2005	Mine mål
Blodglukose mmol/mol		
HbA1c		50
Middelblodglukose		Ikke sat
Blodtryk mmHg		
Systolisk		130
Diastolisk		70
Kolesterol mmol/l		
Total	3,4	4,5
LDL		10
HDL	1,39	80
Triglycerider	1,86	100
Vægt kg		70
Rygning Ja/Nej		Nej
Fysisk aktiv Ja/Nej		Nej

Min dagsorden



Interview med Richard Skjoldager, type 1 patient. Hvilken forskel kan Mit Steno gøre for dig?

Deltag i forskning

Som patient på Steno kan du deltage i et forskningsprojekt.

[Læs mere om at være forskningspatient og se aktuelle forskningsprojekter](#)

Done

Internet | Protected Mode: On

DA 100% 13:57 04-12-2013

områder. Der sidder en overlæge, en sygeplejerske, en bioanalytiker, en patient koordinator, to biomedicinske forskere, en forsker inden for patientuddannelse, en IT-konsulent, en webredaktør og en projektleder med kommunikationsfaglig baggrund. Nogle er helt nye på Steno, andre har mange års erfaring.

Målet er klart. Der skal udvikles en ny hjemmeside til Steno. På bordet foran dem ligger data fra den eksisterende hjemmeside, artikler om patienters online adfærd og præferencer samt Stenos strategi 2020, som indeholder en vision om telemedicin og online involvering af patienter.

Projektet er således forankret i og har opbakning fra Stenos ledelse. I øvrigt er processen åben. I en vekslen mellem idegenerering og mere analytiske og kritiske forløb sættes projektet i gang. Der fokuseres på de udfordringer, som de ansatte i Stenos patient center oplever i det daglige arbejde med patienterne. Kan der udvikles en film om opsamling af døgn urin? En mobil app, der støtter patienterne i at måle blodsukker? En agenda funktion, der kan

gøre patienterne bedre forberedt til møder med behandlere på Steno?

Patienterne »first movers« i IT-anvendelse

Det var i en frugtbar tværfaglig dialog, at projektet blev sat i gang. De sundhedsprofessionelle, som har den daglige kontakt med patienterne, pointerede for eksempel, at patienterne i praksis var dem, der var 'first movers' i anvendelsen af IT. Patienterne tog fx billeder af måltider, førte blodsukkerdagbøger på deres smartphones og anvendte forskellige diabetes apps. Endvidere pointerede det administrative personale, at mange patienter var skuffede over, at de ikke kunne ændre og booke tider over nettet.

Forskerne belyste patienters præferencer for diabetes behandling gennem to større undersøgelser. Den ene undersøgelse fra 2010 blandt 2.045 patienter med type 2 diabetes viste, at patienter ønsker at være aktivt involveret i deres behandling; herunder selv at sætte mål for deres diabetesbehandling (Schiøtz et al. 2012). Den anden undersøgelse fra 2011 blandt 2.419 pa-

tienter med type 1 diabetes – også fra Steno Diabetes Center – viste, at patienterne ikke er særlig interesserede i samtaler med behandlere fra Steno over Skype, mens de i overvejende grad ønsker at have mulighed for at få vejledning og behandling via e-mail eller anden form for web-baseret kontakt (Joensen, upublicerede data). De forskningsbaserede indlæg blev suppleret med gruppediskussioner og onlinesøgning, hvor der blev hentet inspiration fra anerkendte institutioner som Joslin Diabetes Center og Kaiser Permanente.

Processen bevægede sig således fra udfordringer, forskning, tilbage til web-data og videre til overvejelser om design. Over to off-site forløb, med mellemliggende analyse og bearbejdning, blev det første koncept udviklet.

Den første seance var åben og idegenererende, den anden seance handlede om prioritering og produktion af en samlet koncept- og procesbeskrivelse. Det vil sige, at der blev defineret ønsker, muligheder og visioner set fra Steno som behandlingssted, og de indgik i det oplæg, der blev leveret til de bu-

reauer, som efterfølgende blev udvalgt til at løse opgaven.

Udviklingen af *Mit Steno* begyndte således meget åbent, og de første konturer af et patientnært, individualiseret onlinetilbud blev tegnet helt fra begyndelsen.

Fundament for ekstern dialog

Den interne udviklings- og afklaringsproces, hvor vi kom helt rundt i hjørnerne af Stenos organisation og værdiskabelse, var et usædvanligt godt udgangspunkt for dialogen med de eksterne eksperter inden for webdesign og den efterfølgende patientinddragelse.

Den tværfaglige udviklingsproces sikrede, at den digitale løsning blev relevant for hele Steno og at behov, ideer og ønsker fra hele organisationen kom i betragtning. Det gav bureauerne en klar ide om, hvor vi var, og hvad vi så som muligheder, hvilket de så kunne udfordre på forskellige måder.

For eksempel var vi ret skeptiske over for at bruge sociale medier i online-dialogen med patienterne, fordi vi vurderede, at Diabetesforeningen bedre kunne facilitere en

sådan dialog end Steno som behandlingssted.

Vi havde i forbindelse med konceptudviklingen en social medieeksperiment involveret til sparring, og fravalgte helt bevidst denne mulighed.

Det skulle selvfølgelig undersøges i fokusgrupperne med patienterne, men det gav os en sikkerhed i vores argumentation over for bureauerne og sikrede, at der ikke blev trukket en standardløsning ned over hove-

! Mit Steno

Mit Steno giver patienten adgang til at:

- Se udviklingen i sine tal over de sidste 3 år
- Sætte sine personlige mål og sende en mødeforberedelse direkte ind i den sundhedsprofessionelles elektroniske patient journal
- Forny recepter
- Se bookings og aflyse tider
- Tilmelde sig SMS-service
- Afgive samtykke om udveksling af personfølsomme oplysninger med pårørende
- Skrive direkte til forskerne, hvis patienten deltager i kliniske forsøg

Projektgruppen på Steno

Den tværfaglige projektgruppe på Steno bestod af: Kristine Færch, Nana Folmann Hempler, Gregers Stig Andersen, Henrik Ullits Andersen, Trine Welløv Boesgaard, Bengta Wulff Kampmann, Rikke Selzer Terkildsen, Karina Feltoft, Dorte Pedersen, Brian Molsing, Dorte Tezca og Philip Munch. Steno Diabetes Center er et specialiseret center inden for diabetes behandling, forskning og uddannelse. Centeret har tilknyttet 5600 patienter fra Region Hovedstaden. Heraf har ca. 3400 type 1 diabetes og 2200 type 2.

det på os. Og da vi endelig skulle vælge den eksterne leverandør, stod det også helt klart for os, hvad det var, vi havde brug for.

Vi valgte en konstellation med to bureauer med kernekompetence inden for henholdsvis 1) brugeradfærd, således at vi kunne få udviklet og involveret patienterne i vores ideer og få ny viden om deres behov og 2) teknisk ekspertise, fordi løsningen kunne involvere patientdata og integrationer med andre systemer, hvilket kræver systemsikkerhed og en bredere teknisk indsigt, end hvis man kun udvikler smalt inden for webdesign.

Visionen fra de unge med type 1 diabetes

Brugerinvolveringen blev prioriteret højt i udviklingen af den digitale løsning. I samarbejde med bureauet blev der gennemført fire patientfokusgrupper bestående af

- 1) unge med type 1 diabetes og pumpebrugere
- 2) patienter, med mangeårig type 1 diabetes
- 3) patienter med type 2 diabetes, som er i et behandlingsforløb hos

egen læge, men som deltager i et intensivt 9-måneders behandlingsforløb i Stenos type 2 klinik

4) patienter med type 2 diabetes med komplikationer, som er i et fast behandlingsforløb på Steno.

Disse fire grupper er de typiske brugere af Steno, og de blev rekrutteret på opfordring fra klinikere på Steno og fra Stenos patientpanel.

En helt afgørende erkendelse opstod i fokusgruppen med »de unge patienter med type 1 diabetes og pumpebrugere«. Gruppen blev undervejs delt op i mindre grupper, der blev bedt om på tavlen at beskrive deres vision for Stenos nye hjemmeside.

En gruppe på tre unge 20-25 årige beskrev helt uopfordret en vision for *Mit Steno*, hvor man i et meget enkelt design kunne logge ind og se tal og bookinger, sætte mål og sende beskeder til behandlere.

Mens *Mit Steno* tanken oprindeligt udsprang af klinikernes erfaringer, patientundersøgelser og visioner i projektgruppen, blev den i mødet med patienterne pludselig

aktualiseret som et reelt behov med et konkret formål.

Seancen med de unge med type 1 diabetes blev videofilmet og brugt til at involvere skeptikere i diskussionen om behovet for denne løsning. Men også blandt ældre patienter med type 2 diabetes blev behovet for det personlige login med NEM-ID og med adgang til data og bookinger bekræftet, og det gav blod på tanden for udviklingsgruppen.

Danske og udenlandske eksperter spurgt til råd

Nationale og Internationale diabetes eksperter blev konsulteret og behovet for transparens og online støtte omkring behandlingen blev kun bekræftet af eksperterne. Konceptualiseringen var ved for alvor at tage form.

Der blev iværksat en teknisk analyse om muligheden for at integrere vores bookingsystem og elektroniske patientjournal med vores nye onlineplatform. Analysen faldt heldigt ud, og det skyldtes ikke mindst, at Steno i forvejen har en elektronisk patientjournal, som er skræddersyet til diabetesbehand-





Om forfatterne



Philip Munch. Cand. mag. Kommunikationspartner på Steno Diabetes Center siden 2010. Har været projektleder på udviklingen af *Mit Steno* og har tidligere som konsulent og ansat i Novo Nordisk været projektleder på udviklingsprojekter inden for kommunikation og branding. phmu@steno.dk



Gregers Stig Andersen. Cand. scient. san. publ., ph.d. Post. doc. i gruppen for Klinisk Epidemiologi på Steno Forskningscenter. Kom til Steno Diabetes Center i starten af 2012 fra Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet. gsa@steno.dk



Nana Folmann Hempler. Cand. scient. san. publ., ph.d. i sundhedsvidenskab. Forsker i Patient Education Research, Steno Health Promotion Center, Steno Diabetes Center. Tidligere post. doc. på Københavns Universitet og ph.d.-studerende på Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden. NFHR@steno.dk



Martin Ridderstråle. Professor i endokrinologi, MD, MBA. Klinikchef på Steno Diabetes Center siden 2013. Tidligere leder af endokrinologisk afdeling ved Skånes universitetshospital og adjungeret professor i endokrinologi ved universitetet i Lund. mtrd@steno.dk



Ingrid Willaing. Master of Public Health, sygeplejerske, forskningsleder for Patient Education Research, Steno Health Promotion Center, Steno Diabetes Center. Tidligere sundhedschef i Hjerteforeningen, chefkonsulent i Muusmann, forskningsleder på Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden og forebyggelseskoordinator i Frederiksborg Amt. iwtp@steno.dk

ling, og hvor de relevante data er let tilgængelige. Stenos elektroniske patientjournal har i mere end ti år dokumenteret patienternes tal for bl.a. langtidsblodsukker, kolesterol, blodtryk, rygning, vægt og fysisk aktivitet.

Derefter gik udviklingen af *Mit Steno* i gang. På baggrund af behandlernes ønsker og brugernes behov blev løsningen udviklet og testet med inddragelse af medlemmer af Stenos patientpanel 3-4 gange undervejs før den færdige løsning stod klar til ibrugtagelse i december 2013.

Forskning og patient empowerment

I løbet af 2014 igangsættes en række forskningsprojekter i relation til *Mit Steno* i samarbejde med Sundhed og IT på Københavns Universitet. *Mit Steno* betragtes stadig som et udviklingsprojekt, der nu konkret er sat i gang og tilbydes patienter-

ne, men som også løbende skal forbedres de kommende år.

Målet med forskningen er at undersøge effekt og brug af den involvering, som *Mit Steno* lægger op til.

- Hvad får patienterne ud af at følge med i deres egne tal, sætte mål og planlægge deres konsultation på *Mit Steno*?
- Kommer adgangen til det personlige digitale miljø til at styrke patienternes sundhedskompetence?
- Og hvem bruger løsningen, og hvem har svært ved teknologien?

Disse forskningsspørgsmål bliver undersøgt via et spørgeskema, der går ud til samtlige patienter med opfølgning de kommende år.

En tilsvarende undersøgelse er også undervejs blandt klinikerne på Steno for at undersøge personalets IT-parathed og *Mit Stenos* påvirkning af centerets arbejdsgange.

Endvidere gennemføres der sideløbende en kvalitativ undersøgelse

af brug/ikke-brug af funktionerne hos personer med type 1 og type 2 diabetes.

Undersøgelser viser, at mellem 47-77 % af personer med enten type 1 eller type 2 diabetes ikke kan huske deres eget seneste tal for langtidsblodsukkeret, og at mere end 50 % ikke husker deres eget mål for langtidsblodsukkeret. I Stenos eget studie blandt 993 personer med type 2 diabetes kunne 36 % ikke huske deres seneste tal for langtidsblodsukkeret (Willaing et al., 2013).

Der er således et betydeligt potentiale og behov for løsninger, der kan aktivere patienterne til at blive mere involveret og motiveret i deres egen behandling. Målet er på baggrund af forskningsresultaterne at videreudvikle løsningen med særlig fokus på digital patientuddannelse og samspillet mellem behandlere og teknologi. Forskningen bliver på den måde integreret i fremtidens version 2.0 af *Mit Steno*.



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

Følg med i ledelses-bloggen på DSSnet.dk

Fra specialernes til patienternes hospital

– kræver andre og nye ledelses- og organiseringsformer

Af Allan Vestergaard
og Bo Lynggaard

Et nyt offentlig-privat partnerskab, OPP Sundhedsledelse, arbejder med at udvikle et koncept, der kan afklare nye ledelsesformer ved reorganisering. Desuden kan det bidrage til at udvælge og udvikle de mest kompetente ledere til opgaven. Målet er, at konceptet kan bruges over hele landet, fx ved nye hospitalsbygninger.

I disse år gennemføres der store omstillinger i den offentlige sektor. Der skabes komplekse enheder som supersygehuse, og der bruges milliarder på mursten, teknologi og ny organisering.

Men er dette ønske om udvikling overhovedet muligt, hvis vi ikke i højere grad tænker den ledelsesmæssige organisering ind som en afgørende præmis?

Målet med de mange omstillinger og forandringer er højere kvalitet og højere borgertilfredshed for færre penge. Den danske stat står med et markant strukturelt underskud på 2 % af BNP frem mod år 2020 (Cepos), og derfor er en optimering af den offentlige sektor nødvendig, hvis vi skal fastholde velfærdssamfundet, som vi kender det.

Udfordringen er, hvordan denne omstilling kan ske, uden at borgerne oplever, at kvaliteten af ydelserne i sundhedssektoren falder markant.

En vision på papir

Visionen om at udvikle sig til »Patienternes Hospital« eksisterer på de fleste hospitaler i en eller anden form som strategiske dokumenter.

Der er dog stadig et stykke vej, før denne vision er realiseret. De nuværende omstillinger til større hospitaler med større effektivitetskrav kan ses som en trussel mod den eksisterende drift eller som en mulighed for at indfri visionerne om øget patientinvolvering.

Det er bydende nødvendigt at skabe rammer for en målrettet og involverende ledelses- og organisationsudvikling, der med udgangspunkt i den enkelte organisations konkrete, fremtidige behov sikrer, at lederne er klar til fremtiden, *før* den er der.

Udviklingsforløb til den danske sundhedssektor

Gennem et offentlig-privat partnerskab (OPP) mellem Region Midtjyllands Koncern HR, Organisation, Ledelse og Procesoptimering, og det private konsulenthus Falkenberg & Lynggaard, har vi udviklet et adaptivt koncept for ledelses- og organisationsudvikling: OPP Sundhedsudvikling. Det skaber et grundlag for at afklare, hvilke nye ledelses- og organiseringsformer, der er behov for, og det kan samtidig bidrage til at udvælge de mest kompetente ledere til den fremtidige opgave.

Målet for vores OPP er at skabe udviklingsforløb til den danske sundhedssektor (primær og sekundær), der fremover skal operere i nye rammer politisk (nationalt, regionalt og kommunalt), fysisk, opgavemæssigt og organisatorisk.

Målet er altså at skabe en konceptmæssig ramme, der støtter reorganiseringen, og som bidrager til fagligt optimale og sammenhængende forløb for alle borgere/patienter.

Der skal sikres en detaljeret kortlægning af krav og forventninger til



Om forfatterne



Allan Vestergaard

Cand.psych.aut. Erhvervspsykolog og projektleder, Koncern HR – Organisation, Ledelse og Procesoptimering, Region Midtjylland
allan.vestergaard@stab.rm.dk



Bo Lynggaard

Cand.psych. Direktør og ledelseskonsulent, Falkenberg & Lynggaard
bo@falkenberg-lynggaard.dk

de nye ledelsesfunktioner. Der skal samtidig være mulighed for at skabe en pulje af ledestalter, og man skal kunne vælge kompetente ledere og træning i nye funktioner og ledelsesroller undervejs.

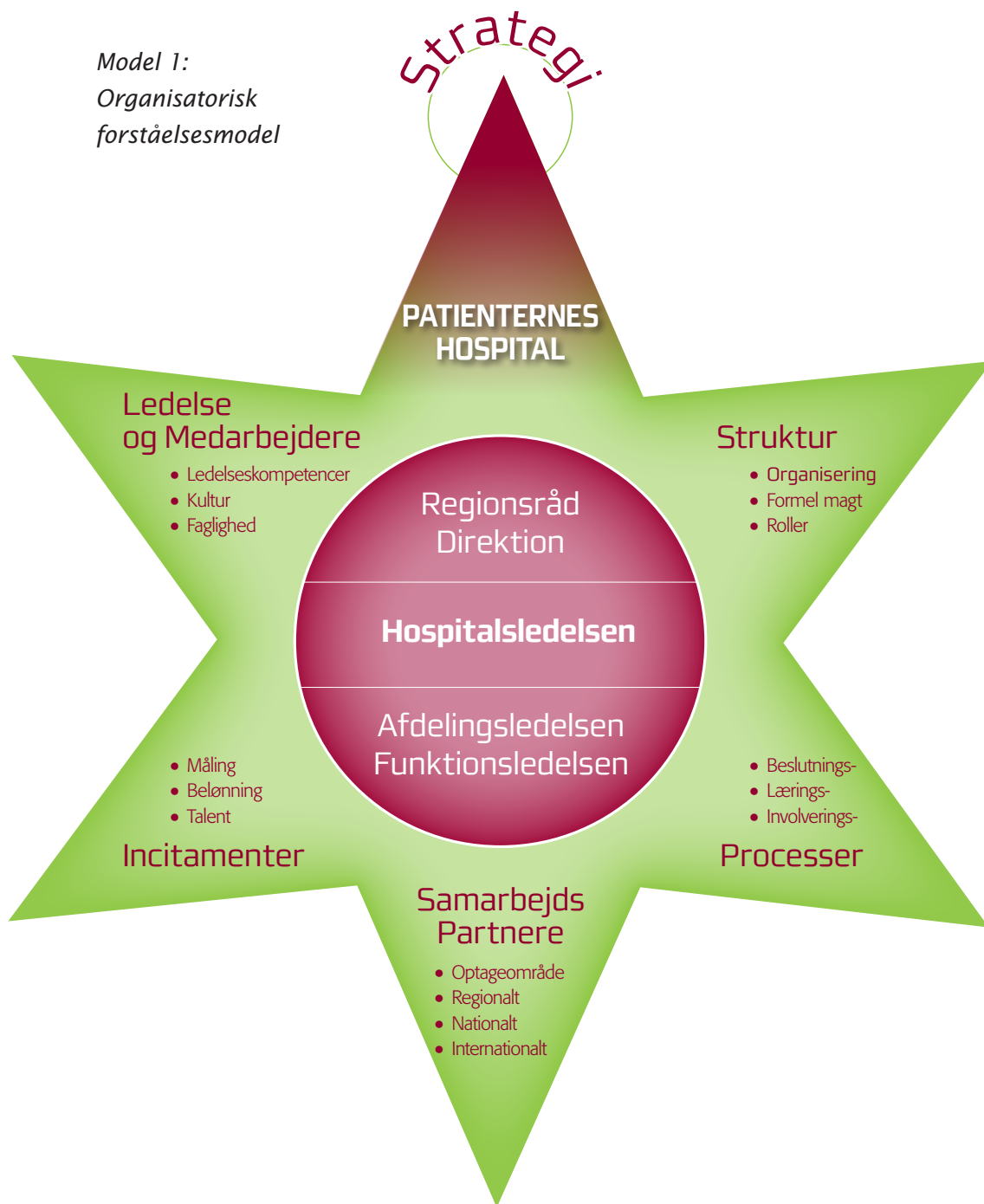
Ambitionen er naturligvis at støtte de enheder, som ønsker at udvikle deres ledelsesmæssige og organisatoriske kapacitet. Men samtidig

er tanken også at udvikle next practice ledelsesværktøjer og -metoder, der kan gøre en synlig forskel for sygehuse og institutioner i Danmark.

Ledelsessystemet

For at skabe sammenhæng og forståelse i forhold til de organisatoriske perspektiver har vi udviklet en organisatorisk forståelsesmodel, der

Model 1:
Organisatorisk
forståelsesmodel



er inspireret af Kates & Galbraiths »Star Model™« (Model 1).

Modellen giver et fundament for at forstå de organisatoriske forandringer, der naturligt følger gennem udviklingsprocessen. Den viser de elementer, som skabes og kombineres i en organisation for at støtte opgaveudførelsen og derved skabe organisatorisk kapabilitet.

Det, vi har brug for, er en generisk og enkel organisationsmodel, der kan bidrage til at strukturere processen og skabe et fælles udgangspunkt for den fremadrettede organisatoriske og ledelsesmæssige opbygning. Et fælles fundament har flere fordele:

- Det sikrer et fælles sprog om udviklingen af organisationen,
- det sikrer, at de organisatoriske beslutninger baseres på en strategi med et længere perspektiv end bare på de umiddelbare behov,
- det skaber en rationel forståelse af implikationer ved de enkelte løsningsmodeller, og
- det giver bedre mulighed for at vurdere resultater undervejs, lave årsagsanalyser og iværksætte relevante justeringer.



I modellen indgår 7 væsentlige elementer, der danner fundamentet i en organisation:

1. Strategien: Vores vision, mission og overordnede målsætninger
2. Kapabilitet: Vores særlige position (hvordan er vi særlige)
3. Strukturen: Organisering, formel magt, roller
4. Processer: Beslutnings-, lærings- og involveringsprocesser

5. Samarbejdspartnere: Optageområde, regionalt, nationalt, internationalt

6. Incitamenter: Måling, belønning, talent

7. Ledelse og medarbejdere: Ledelseskompetencer, kultur, faglighed

Modellen viser, at hvis der sker ændringer i ét element, så medfører

det sandsynligvis et behov for justeringer i et eller flere andre. Her er altså overblik og forståelse for de enkelte elementers betydning og udvikling.

I konceptet er modellen en bagvedliggende præmis, der hjælper det øverste ledelsesniveau og en eventuel styregruppe til at fastholde fokus og til at sikre, at de hele tiden har alle elementer i fokus.

Den organisatoriske rejse

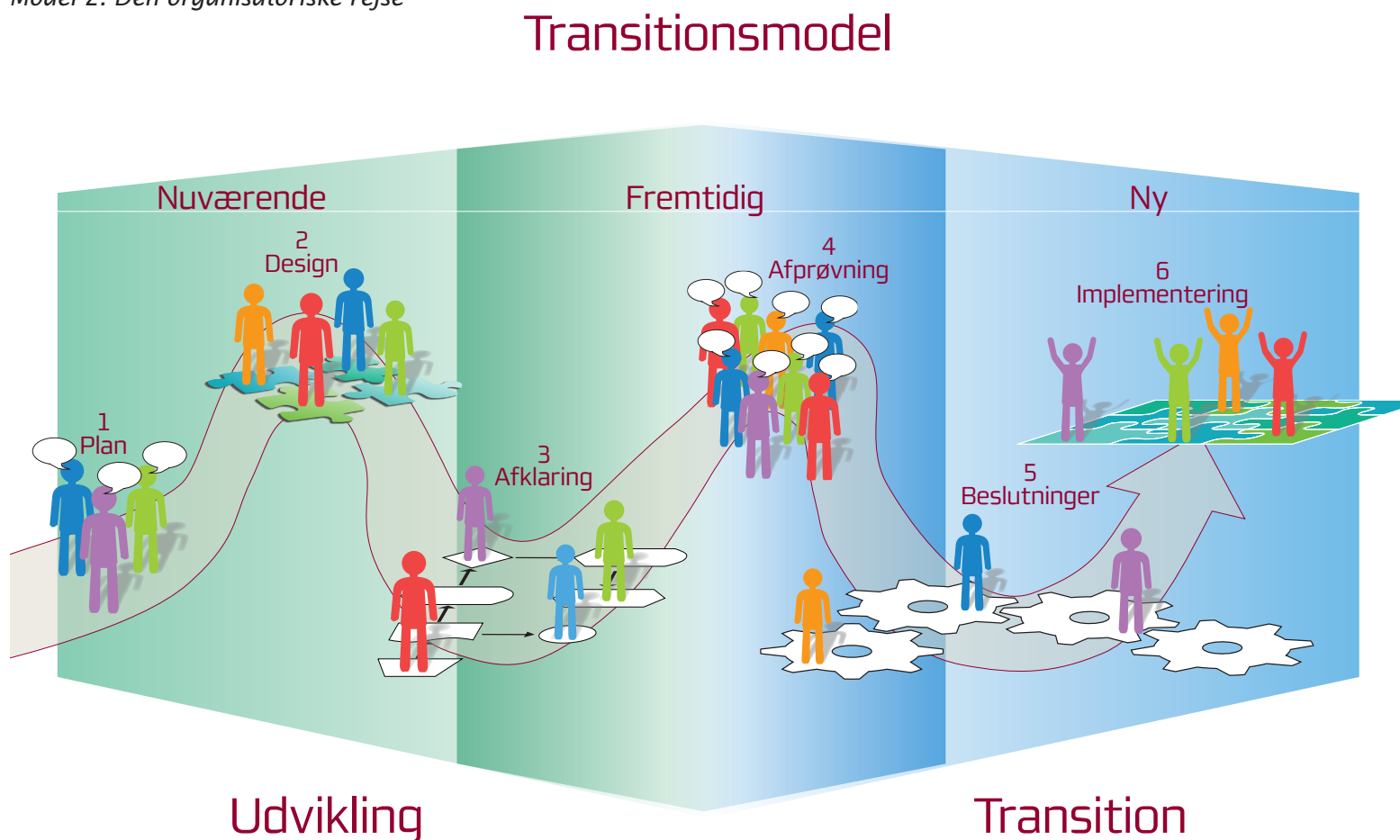
Tanken med transitionsmodellen er, at den involverede organisation støttes i deres indsats med at udvikle ledelse og organisation, så fokus ikke kun er på fx mursten og ny teknologi.

De fremtidige opgaver for det offentlige system er mangefacetterede og kræver nye, uafdækkede kompetencer hos ledere på alle niveauer. Processen i konceptet involverer alle niveauer i den enkelte organisation og sørger for at skabe

den nødvendige sammenhæng med det omgivende samfund, fx borgere og strategiske samarbejdspartnere.

I udviklingsfasen af transitionsmodellen har vi fået væsentlig sparring på hospitalsledelsesniveau, og

Model 2: Den organisatoriske rejse



det har været med til at sikre konceptets relevans.

Formålet med trin 1, 2 og 3 er at afklare, hvordan enheden bedst struktureres og ledes fremover.

Formålet med trin 4 og 5 er udvikling og træning af ny organisationskultur, herunder aflæring af uhensigtsmæssige elementer fra den gamle kultur. Især omkring trin 4 er det tanken også at inddrage klinikerne, ledelsestalerne, MED-organisation og borgerne i at skabe fremtidens organisationskultur.

Formålet med trin 6 er opstart af ny organisation, ledelse og kultur, herunder at understøtte positions-skifte og ny opgaveløsning.

Trin 1: Plan

Der skabes en stærk koalition mellem det øverste ledelsesniveau, altså hospitalsledelsen og den øverste stab, og konsulentssystemet, og der udvikles en overordnet ramme og procesplan for det samlede ledelses- og organisationsudviklingsforløb. Målet for processen er en fælles accept af, at et nyt *mindset* er påkrævet.

Der gennemføres en grundig for-

analyse med bl.a. interviews med alle væsentlige aktører i øverste ledelsesniveau.

Første udkast til formålet med den organisatoriske rejse udarbejdes, og der laves et overordnet roadmap¹ til at styre udviklingsprocessen. Erfaringen viser, at tæt dialog med det øverste ledelsesniveau har stor betydning for det videre arbejde, da det sikrer, at topledelsen føler ejerskab for det samlede forløb og får prioriteret tid til at slippe driften og arbejde med strategi.

Trin 2: Design

Her skabes et konkret billede af fremtiden. Sammen med hospitalsledelsen og afdelingsledelserne udvikles ét eller flere udviklingscentre. Her starter afdækningen af, hvilke ledelsesmæssige kompetencer, der bliver brug for, og der er mulighed for at identificere og designe nye organisatoriske prototyper², fx nye roller eller styringsmekanismer.

Hospitals- og afdelingsledelsen skal desuden på baggrund af ovenstående i fællesskab færdiggøre det konkrete roadmap for den organisatoriske rejse.

Trin 3: Afklaring

Omdrejningspunktet er en række ledelsesseminarer med deltagelse fra afsnits-, afdelings- og hospitalsledelsesniveau. På tværs af niveauer kommer enhedens ledere frem til, hvordan den nye organisering skal se ud, og hvilke ledelseskompeter, der er brug for. Det sker gennem tætte dialoger og involverende processer.

Formålet med trin 3 er at få kvalificeret de udviklede prototyper, så de kan afprøves og implementeres i trin 4 og 5.

Lederne skal på dette trin beskrive, hvordan de ser, at en ny incitamentstruktur kan understøtte implementering og drift af den nye struktur. De skal også lave udkast til nye funktionsbeskrivelser (leder- og specialistprofiler) og komme med ideer til, hvordan der bedst arbejdes med at talentudvikle medarbejdere og ledere.

Trin 4: Afprøvning

I Trin 4 påbegyndes transitionen hen mod den nye virkelighed, og her involveres medarbejderniveauet for første gang. Der er fokus på aflæring af gamle ledelsesmæssige, spe-

cialefagligstyrende og organisationskulturelle »mindset« og prototypeafprøvning af nye. Det sker ved, at man afprøver konkrete udfordringer i »real-life« læringsscenarier, og der eksperimenteres med egne og andres reaktioner.

Ved at arbejde så nær på den fremtidige organisation som muligt, arbejdes der med kulturen i den nye organisation, hvilket kan skabe usikkerhed og sårbarhed hos medarbejdere og ledere. Eksterne interessenters oplevelser og forståelse af den nye organisation inddrages.

Trin 5: Beslutning

Nu skal det besluttes, hvilke prototyper, der skal være en del af den nye organisation. Desuden trænes og testes de relevante ledere, specialister og ledelsestalenter med en række relevante opgaver, og man bedømmer dem ud fra deres konkrete ageren i virkelighedsnære simulatorer.

En sådan vurdering og udvælgelse kræver en omhyggelig kommunikationsindsats forud. Det er vigtigt, at de nye ledelses- og kompetenceprofiler er kendte og accep-

terede hos enhedens ledere. Her finder man altså de bedste kandidater til de leder- og nøglefunktioner, som er i den nye struktur/organisering. Samtidig kan organisationen få afprøvet deres talenter, så næste generation af ledere og specialister er klar.

Trin 6: Implementering

Organisationen »går live« i sin nye form. Som regel er det en proces, der løber over en længere periode (f.eks. udflytning til nye hospitalsbygninger). Der vil være fortløbende processer, som forankrer positions-

skift (f.eks. fra leder til specialist), fastholdelse og udvikling af kompetencer, nyt »mindset« og arbejdspladskultur, samt en ny patienttilgang (f.eks. fra specialernes til patienternes hospital, patientpartnerskaber).

Der skal etableres hjælp til disse positionsskift, både til de nye ledere og til de tidligere, som måske får mere kliniske nøglefunktioner i den nye organisering. Herefter evalueres og tilpasses de nye organiserings- og ledelsesformer dynamisk, så organisationen hele tiden kan løse sine opgaver bedst muligt.



Vision 2020 for OPP Sundhedsledelse

Visionen for Patienternes Hospital lyder:

- Patienterne oplever, at de er omdrejningspunktet på hospitalet. Der er skabt optimale overgange og sammenhænge for patienterne.
- Partnerskab mellem patient og sundhedspersonale er en realitet med inddragelse af relevante ressourcer hos patient, pårørende og sundhedspersonale.
- Samarbejdet på hospitalet opleves af patienter, personale og beslutningstagere som velfungerende på tværs af afsnit, afdelinger og hospitaler. Det gode samarbejde på hospitalet skaber et succesfuldt samarbejde på tværs af sektorer til gavn for alle borgere.

Prøvehandlinger

Flere af konceptets faser er testet i virkeligheden via tilpassede prøvehandlinger. Det har givet mulighed for at få opdaterede og relevante input til, hvordan konceptet kan

fungere i virkeligheden (se model 3).

Kan skabe sammenhæng

Det overordnede koncept er som nævnt anvendt sammen med en

hospitalsledelse, hvilket gav et overblik over deres ledelsesmæssige ageren i den komplekse proces det er at forandre og flytte en stor organisation.

Tanken bag Leadership Pipeline

Model 3: Eksempel på en organisatorisk rejse

6 ledelsestrin mod Patientens Hospital



og udviklingscentre har desuden været brugt med god effekt i et fire dages talentudviklingsforløb for førledere i Region Midtjylland. Her blev ledertalenterne udviklet og afprøvet op mod regionens fastlagte ledelseskompetencer.

Disse erfaringer viser klart, at konceptet kan skabe den sammenhæng og udvikling, der sikrer, at hospitalet eller institutionen kan levere sammenhængende ydelser af høj kvalitet – og det på en sådan måde, at fremtidens ledere kan udvikles, samtidig med at de selv er beskæftiget med at udvikle organisationen.

Fremtidsperspektiver

Konceptet kan bidrage til succesfulde forandringsprocesser i organisationer, der befinder sig i en betydelig omstilling. Det vil kunne virksomhedstilrettelægges og udvikles til et konkret roadmap til støtte for den nødvendige organisatoriske rejse som realiserer visionen for den fremtidige opgaveløsning i nye organisatoriske rammer. Det er væsentligt, at de involverede organisationer kan se sig selv som part i en

nytænkende og innovativ måde at udvikle sig selv og sine enheder på, og at de kan bidrage til at skabe den næste generation af ledelses- og organisationsudviklingsforløb.

Sideløbende med disse opgaver er vores mål med OPP Sundhedsledelse at beskrive og videreformidle de ledelsesmæssige erfaringer (gode

som dårlige) der udmønter sig undervejs. Vi sigter på at danne grundlag for Next Practice³ indenfor ledelse i sundhedssektoren, samt store offentlige organisationer som helhed.

For yderligere information om konceptet kontakt artiklens forfattere.

Referencer

- Kates, A. & Galbraith, R., »Designing Your Organization – Using The Star Model To Solve 5 Critical Design Challenges«, 2007
- Digmann, A., Bendix, H., Jørgensen, P. og Pedersen, K., w»Hospitalsledelse – organisatorisk fænomen og faglig disciplin«, 2008
- Redaktionsgruppen & Weiss, K., »Sund Ledelse – 19 bud på god sygehusledelse«, 2012

! Noter

- 1 Et *roadmap* er en samlet grafisk model af den organisatoriske rejse, der bl.a. består af aktiviteter, aktører og tidsplan.
- 2 En *organisatorisk prototype* er en model af et af de nye organisatoriske elementer der skal være en del af den nye virkelighed.
- 3 New Public Management er ikke længere en tilstrækkelig ledelsesfilosofi til indfrielse af kvalitets- og effektiviseringskravene til Danmarks store offentlige organisationer. Der skal tænkes nyt. I separat artikel beskriver vi dette ledelsesfænomen i flere detaljer.

Tværfaglig afsnitsledelse

– når flere faggrupper danner makkerskab og VIL fælles ledelse

Af Mette Vestergaard, Susanne Østergaard og Line Sakstrup Frandsen

Kompleksiteten i opgaverne og det tværfaglige samarbejde kalder på en anderledes ledelsesstruktur – en struktur, der består af flere faggrupper. Flerfaglig afsnitsledelse er med til at forenkle beslutningsprocesser, skabe kvalitet og sammenhæng i patientforløbene og bidrage til et godt arbejdsmiljø. Det viser en ny erfaringsopsamling fra Region Midtjylland.

I sundhedsvæsenet er der et stigende fokus på effektivitet og sammenhæng i patientbehandlingen, som betyder, at der på alle niveauer er behov for et tættere samarbejde på tværs af faglige og organisatoriske grænser. Meget tyder på, at en styr-

kelse af den tværfaglige ledelse i direkte samspil med personalet tættest på patienterne kan bidrage til mere sammenhæng i patientbehandlingen.

Hospitalsafsnittene i Region Midtjylland er flere steder organiseret med en form for tværfaglig afsnitsledelse. Mest hyppigt er det en overlæge og en afdelingssygeplejerske, der danner makkerskab om ledelse af afsnittet. Men hvordan fungerer de? Hvilken merværdi skaber de? Og hvad skal der egentlig til, for at de lykkes?

Region Midtjylland har i samarbejde med adskillige afsnitsledelser opsamlet de gode erfaringer med afsnitsledelse gennem interviews med 9 afsnitsledelser og deres respektive afdelingsledelser med det formål at sprede viden, erfaring og inspiration til de afdelinger, der står overfor at etablere sig med tværfaglig afsnitsledelse.

De flerfaglige afsnitsledelser bliver dermed en garant for, at vi når vores kvalitetsmål. Der er nogen, der er med til at trække i samme retning og der er en større sikkerhed for, at patientforløbene er bedre, når der både er overlæge og afdelingssygeplejerske, der har det ansvar.

(Fra interview med afdelingsledelse)

Tværfaglig afsnitsledelse ses især som en fordel ved, at afsnitsledelserne kan træffe hurtigere beslutninger og nemmere implementere nye tiltag, ligesom de bedre kan understøtte bedre sammenhæng og kvalitet i patientarbejdet.

Men ledelsesstrukturen gør det ikke i sig selv. Man skal VILLE ledelse og være det rette match, hvis samspillet skal fungere. Det kræver også opbakning og følgeskab hos de andre overlæger og et godt sam-



spil med afdelingsledelsen med klare forventninger til den fælles ledelsesopgave.

Hvilken merværdi skaber tværfaglig afsnitsledelse?

De deltagende ledelser peger samstemmende på, at det gør en positiv forskel at være organiseret som tværfaglig afsnitsledelse. De fremhæver, at den tværfaglige ledelsesstruktur især har hjulpet dem til at få mere indflydelse og kunne udrette mere fælles end monofagligt.

Fordelen ved afsnitsledelse er den korte beslutningsproces i forhold

til at forandre. Vi kan tage beslutninger fra dag til dag, personalet orienteres og vupti er det sket. Beslutningsprocesser er hurtigere, og villighed til forandring øges, når man oplever det i praksis med det samme.

(Fra interview med afsnitsledelse)

Mere handlekraftige og samstemte

Derudover er de mere handlekraftige, fordi de hurtigere kan afklare ting og træffe beslutninger, ligesom de har nemmere ved at implementere nye tiltag.

Den tværfaglige afsnitsledelse er

med til at skabe bedre sammenhæng og kvalitet i patientarbejdet, fordi de er mere samstemte og enlydige om bl.a. retning og hvem der tager sig af hvad. Og sidst men ikke mindst, opnår de at være mere synlige, navnlig når der er et stort ledelsesspænd.

Afsnitsledelsens fælles ledelsesopgaver

Afdelingsledelsen udtrykker sig i overordnede temaer, når de skal svare på hvilke funktioner, den tværfaglige afsnitsledelse skal varetage. De nævner alle den daglige drift, strategisk ledelse, ledelse af den faglige kvalitet og personaleledelse. Samtidig er der bred enighed mellem afdelingsledelsen og afsnitsledelsens opfattelse af, hvilke roller og funktioner afsnitsledelsen varetager.

Hvem varetager hvad?

Vægtningen af, hvor lidt og hvor meget afdelingssygeplejersken og afsnitslægen, hver især og tilsammen beskæftiger sig med de nævnte ledelsesopgaver er forskellig fra afsnitsledelse til afsnitsledelse.

Dog er det helt gennemgående, at afdelingssygeplejersken i overvejende grad har ansvar for personaleledelsen af plejegruppen, og at lægen i overvejende grad har ansvar for den faglige ledelse af patientarbejdet. Med den fordeling, oplever afsnitsledelserne, at de bedst udnytter deres ressourcer.

Når læger (også) tager ledelsesansvar

Tværfaglig afsnitsledelse er typisk et asymmetrisk makkerskab, hvor for eksempel en afdelingssygeplejerske leder på fuld tid og har det fulde personaleansvar for afsnittets plejepersonale, mens overlægerne, der har organisatorisk ledelsesansvar for et afsnit, oftest har næsten fuld tid i klinikken og ikke har et direkte personaleansvar.

Det er helt nødvendigt, når man er en stor afdeling at lede gennem andre. Man kan ikke i praksis have direkte ledelsesreference til 60 læger.

(Fra interview med afdelingsledelse)



Om forfatterne



Mette Bødiker Vestergaard. Organisationskonsulent, Koncern HR, Region Midtjylland. Cand. scient.pol. Arbejder med ledelses- og organisationsudvikling og underviser yngre læger i sundhedsvæsenets org. og ledelse.



Line Sakstrup Frandsen. Organisationskonsulent, Koncern HR, Region Midtjylland. Cand. mag i ledelse og kommunikation. Arbejder med ledelse af organisatoriske og strategiske udviklingsprocesser, kommunikation og lederudvikling. line.frandsen@stab.rm.dk



Susanne Østergaard. Projektleder, Organisationskonsulent, Koncern HR, Region Midtjylland. Arbejder med organisations- og ledelsesudvikling og psykisk arbejdsmiljø. Projektledelse af dokumentations- og udviklingsprojekter samt arbejde med omstruktureringer, fusion og besparelser. Medforfatter til en række udgivelser om ledelse i praksis i Region Midtjylland.

Det er et relativt nyt fænomen, at overlæger differentierer ledelsesopgaverne og lader én overlæge (nogle steder flere overlæger) tage et or-

ganisatorisk ledelsesansvar for hospitalsafsnittene sammen med en afdelingssygeplejerske, en bioanalytiker eller anden faggruppe.

Hos de deltagende afsnitsledelser er det tydeligt, at (også) overlæserne ønsker at tage denne ledelsesopgave på sig, men det er ikke altid, det har stået så højt på deres ønskeliste.

Der er alt for mange overlæger, der mener, at det at være leder ikke rigtig har noget med det at være overlæge at gøre. Det er noget, de skal pålægges. Det har ikke haft den store prioritet i overlægegruppen tidligere. Jeg tror, det kommer ind mere og mere. Der er flere og flere, der godt kan se, at hvis de skal være med til at

præge fremtidens sygehusvæsen, så skal de være med til at sætte pejlingen og sætte dagsordenen.

(Fra interview med afsnitsledelse)

Andre overlæger høres og tages med i visse beslutninger, men de skal også kunne respektere beslutninger, hvor de ikke er med.

(Fra interview med afsnitsledelse)

Hvordan opstår behovet for afsnitsledelse?

Den stigende kompleksitet i sundhedsvæsenet og øget fokus på kvalitet og sammenhængende patientforløb har sat fokus på behovet for

at koordinere og organisere på tværs af faggrupper.

Det styrker opgavefokus og sikrer en fælles faglig retning og kvalitet for afsnittet.

For patienterne er forløbene bedre beskrevet, der er ingen uklarheder omkring snitflader mellem fagpersonale etc. Derudover har vi hurtigere reaktion på dårlige patientoplevelser.

(Fra interview med afsnitsledelse)

Nogle har i forbindelse med fusioner og nye udfordringer benyttet lejligheden til at organisere sig i tværfaglig afsnitsledelse. I den forbindelse har de sammen med den tværfaglige personalegruppe fået skabt en samlet vision og strategi for afsnittet som helhed, som de pejler efter.

Vi skal sikre den overordnede sygeplejefaglige – og lægefaglige ledelse.

(Fra interview med afsnitsledelse)

Det skaber stort engagement og stolthed for afdelingen, samtidigt

! Temaer, der er afgørende for om tværfaglig afsnitsledelse lykkes:

- Man skal VILLE ledelse
- Lederkompetencer og rette match
- Opbakning hos de andre overlæger
- Klare forventninger til ledelsesopgaverne
- Priorité tid til fælles ledelse!
- Et godt samspil med afdelingsledelsen
- Et samarbejde præget af gensidig respekt, åbenhed og loyalitet
- Løbende kommunikation



med at det kræver vilje fra såvel afsnitsledelse som personale at følge op på fælles aftaler og tiltag, som f.eks. nye vagtplaner, opgaveglidning fra læge til sygeplejerske, den fornødne teknologi og uddannelse.

Kendetegnende for dem alle er, at de oplever et ansvar i forhold til afsnittets »ry og renommé«. De er meget bevidste om at omsætte de strategier og tiltag, der kommer oppefra til meningsfuld praksis for medarbejderne. De er afstemte omkring at tale med én stemme både i forhold til patienter, til personalet, til afdelingsledelser og andre samarbejdspartnere. De er samtidig bærere af værdifuld viden fra driften, og medvirker herved til at kvalificere beslutningerne opadtil.

Derudover oplever de en skarpere og mere strømlinet vej i forhold til kommunikation med afsnittet samt med afdelingsledelsen og samarbejdende afsnit.

Afsnitsledelsen spiller en vigtig rolle i forhold til at omsætte de strategier og tiltag, der kommer oppefra i organisationen til meningsfuld praksis for medarbejderne.

Vi er kommunikationsvejen i vores afsnit i forhold til dialog opadtil og til andre samarbejdspartnere.

(Fra interview med afsnitsledelse)

Hvad skal der til for at lykkes?

Ledelsesstrukturen gør det ikke i sig selv. Man skal VILLE ledelse og være det rette match, hvis samspillet skal fungere. Det kræver også opbakning og følgeskab hos de andre overlæger og et godt samspil med afdelingsledelsen med klare forventninger til den fælles ledelsesopgave.

Det er vigtigt, at det er de rigtige personer. Så er det helt ufatteligt, hvad der kan ske. Det skal være personer, der har lyst til ledelse. Både afdelingssygeplejerske og overlæge.

(Fra interview med afdelingsledelse)

En af de helt grundlæggende forudsætninger, som mange peger på, handler om engagement og det at VILLE ledelse. Det gælder begge parter, men fremhæves i særlig grad i forhold til overlægen, da den organisatoriske og driftsmæssige ledelse

! De tre mest gennemgående anbefalinger til kommende og nyetablerede afsnitsledelser er:

- Afstem forventninger med hinanden om opgaver, resultater og jeres samspil. Det gælder internt i afsnitsledelsen, såvel som mellem afsnits- og afdelingsledelse
- Priorité tid til den tværfaglige ledelse af afsnittet. Afdelingsledelsen skal hjælpe med at skabe rammerne, og afsnitsledelsen skal organisere ledelsesarbejdet og »tage sig tiden« til det
- Rekrutter kun afsnitsledere, der VIL ledelse. Engagementet er en helt grundlæggende forudsætning for at få en velfungerende tværfaglig afsnitsledelse

sesopgave per tradition ikke har haft den store interesse.

Det er svært at lykkes som ledelse, hvis overlægen udpeges til det uden selv at have noget på spil eller at vedkommende havnede der, fordi han eller hun nu stod for tur. De skal VILLE ledelse, ellers får man ikke det udbytte, som ellers kunne ligge i at være fælles afdsnitsledelse.

Flere peger på at egne og andres store forventninger til afsnitsoverlægens andel af personaleledelsen, kan være en del af årsagen til, at mange overlæger ikke nødvendigvis står i kø for at tage del i afsnitsledelsen.

Nogle gange siger man, at overlæger ikke gider og ikke er til at drive til det, men det er ikke afstemt, at det er den rolle, de skal have. Lægen behøver ikke at have personaleansvar. Hvis afdelingssygeplejersken forventer, at overlægen tager ligeså meget andel i det, så er det, at det kommer til at gå skævt, så mister overlægen interessen.

(Fra interview med afdelingsledelse)



Er en tværfaglig afsnitsledelse altid den rette løsning?

Den tværfaglige ledelsesstruktur er tydeligvis den rette løsning for de ledelser, der har deltaget i vidensopsamlingen. Ledelsesstrukturen er meningsfuld, og det gør en positiv forskel for deres evne til at løse opgaven. Men flere nævner også, at tværfaglig afsnitsledelse ikke behøver, at være den rette løsning alle steder.

For at underbygge, at vi har grund til at tro, at en sådan ledelsesstruktur også kan være den rette løsning andre steder, har vi kigget på et udpluk af ledelseslitteratur og tidligere undersøgelser fra Region Midtjylland.

Der er navnlig tre perspektiver, som peger i retning af, at en tværfaglig ledelsesstruktur kan være en god løsning på afsnittene, når der er en høj kompleksitet i opgaverne. En tværfaglig ledelsesstruktur, kan her bidrage til at:

- skabe mere effektivitet og sammenhæng
- lette ledelsesarbejdet ved store ledelsesspænd
- kvalificere komplekse beslutninger fordi »to hoveder tænker bedre end ét«.

Den amerikanske professor Jody Hoffer Gittel viser i sine undersøgelser, at kvaliteten af samarbejdet og kommunikationen – defineret

ved graden af relationel koordinering – har afgørende betydning for effektivitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Hun peger på, at høj relationel koordinering særlig er vigtigt for en organisations evne til at løse sin kerneopgave, når forskellige grupper har hver deres specialviden. Faggrupperne er afhængige af hinanden for at gøre et godt stykke arbejde og vigtige elementer i opgaveløsningen ikke kan forudsiges samt at opgaverne løses under tidspress.

Når disse forhold kendetegner et afsnit, bliver tværfaglig afsnitsledelse særlig interessant. Det skyldes, at man med afsæt i Gittells undersøgelser kan argumentere for, at tværfaglig afsnitsledelse kan være et bidrag til at styrke den relationelle koordinering – og dermed i sidste ende bidrage til effektivitet og sammenhæng i patientarbejdet på afsnittet. Gittell dokumenterer, at den relationelle koordinering understøttes af en række effektive arbejdsprocesser, som også på mange måder illustrerer det, vi ser hos de tværfaglige afsnitsledelser.

Gittell argumenterer således for, at en tværfaglig organisering understøtter og sætter rammerne for, at der arbejdes efter fælles mål, og at der sker en udveksling af den nødvendige viden. Begge dele er kendetegn for høj relationel koordinering.

Ligeledes argumenterer hun for, at en øget ledelseskraft tæt på medarbejderne, giver mulighed for, at lederne med løbende coaching og feedback, kan fastholde og udvikle medarbejdernes fokus på den fælles opgave og bidrage til den tværfaglige koordinering.

Behovet for afsnitsledelse afhænger af afdelingens størrelse og graden af kompleksitet i opgave og planlægning.

(Fra interview med afdelingsledelse)

Vores erfaringsopsamling omkring afsnitsledelse viser, at der kan skabes gode resultater i et komplekst sundhedsvæsen ved at organisere sig i tværfaglige ledelsesstrukturer. Afsnitsledelserne kan træffe hurtigere beslutninger og nemmere implementere nye tiltag, ligesom de

bedre kan understøtte bedre sammenhæng og kvalitet i patientarbejdet.

Dog behøver tværfaglig afsnitsledelse ikke at være løsningen alle steder. Det afhænger meget af kompleksiteten i opgaven. Litteraturen peger særligt på, at tværfaglig afsnitsledelse kan være en god løsning, når der er store ledelsesspænd og en høj grad af gensidig afhængighed mellem faggrupperne.

Men ledelsesstrukturen gør det ikke i sig selv. Man skal VILLE ledelse og være det rette match, hvis samspillet skal fungere. Det kræver også opbakning og følgeskab hos de andre overlæger og et godt samspil med afdelingsledelsen med klare forventninger til den fælles ledelsesopgave.

Læs mere om afsnitsledelse på www.olp.rm.dk

Fotos til artiklen er optaget på forskellige hospitalsafsnit i Region Midtjylland.

Evidensbaseret sygepleje – et ledelsesansvar

Hvordan sikres den faglige og patientoplevede kvalitet?



Af Lis Horstmann Nøddeskou,
Lars Hemmingsen og Britta Hørdam

Den grundlæggende sygepleje ydes oftest til den mest syge patient, der har problemer med selv at udføre basale funktioner. Det skal derfor ikke overlades til tilfældighederne og den enkeltes forgodtbefindende, hvilken sygepleje denne patient tilbydes (Hørdam, Peder- sen & Overgaard 2008).

Når den meget syge eller hjælpeløse patient har brug for hjælp til personlig hygiejne, sker det ofte gennem et traditionelt sengebade med brug af vaskefade, håndklæder, skumvaskeklude mv.

Der eksisterer imidlertid også en ny teknik med engangsprodukter kaldet 'vaskeservietter' beregnet til sengebade. Vaskeservietkonceptet består af en lille pakke med 8 servietter, der dækker behovet ved ét sengebade. Pakken varmes i en mikrobølgeovn i 30 – 40 sekunder, hvorefter sengebade er klar til brug. Servietterne i pakken er fugtet med rensecreme og lidt alkohol,

hvilket betyder, at der ikke skal tørres efter med et håndklæde.

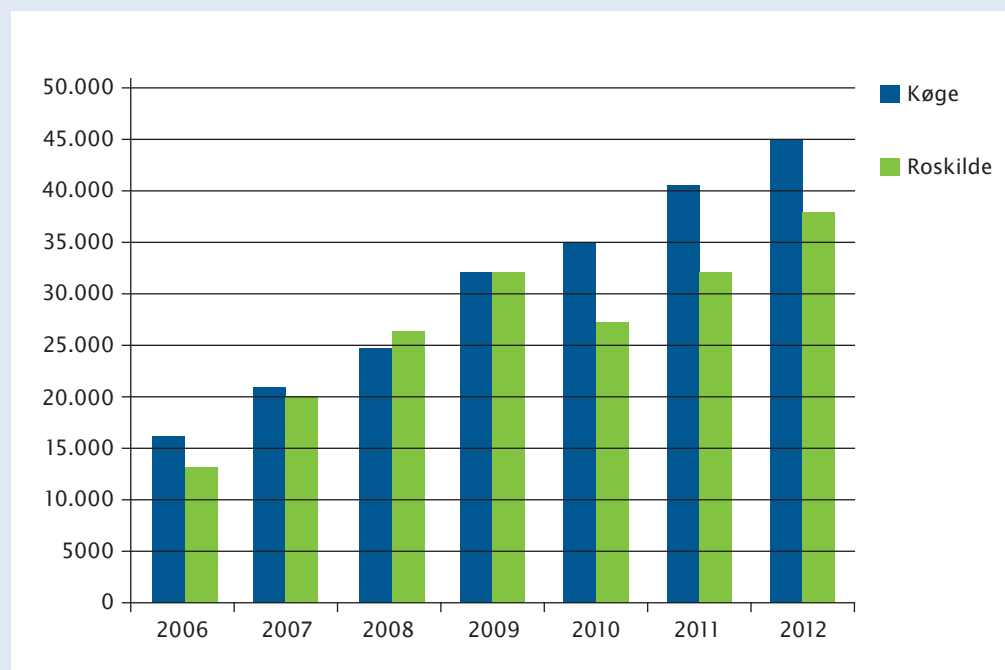
Det nye produkt bruges flittigt

Siden teknikken med vaskeservietter til sengebade er beskrevet første gang i 1994 er der på danske sygehuse sket et stærk øget forbrug af disse nye produkter (Skewes 1994).

Figur 1 viser udviklingen i forbruget af vaskeservietter på Køge

og Roskilde sygehuse over seks år. Det har medført, at det traditionelle sengebade med vandfade næsten er udfaset.

I et amerikansk studie har en sammenlignende undersøgelse fundet evidens for, at vaskeservietter skal foretrækkes frem for traditionelt sengebade til intensive patienter (Larson et al. 2004). Vurderingen bygger på tid, kvalitet, mikrobiologi og økonomi.



Figur 1

Der manglede dog evidens for det nye produkt i forhold til ikke-intensive patienter. Ikke desto mindre er vaskeservietterne gradvist blevet indført på sengeafdelingerne, uden at de er blevet vurderet eller sammenlignet med det traditionelle sengebade.

Patienternes syn på de forskellige typer sengebade er stærkt underbelyst. Kunne nogle af de fund, fx ressourceforbrug og holdning, fra USA overføres til Danmark?

Stort behov for evidens af sygeplejehandlinger

Oprindelig opstod kravet om evidensbaseret viden i den lægevidenskabelige verden, men de sidste 10-15 år har kravet bredt sig til sygeplejen. Behovet for evidensbaseret sygepleje hænger sammen med ønsket om større patientsikkerhed og forbedret evidens af sygeplejehandlinger.

I Danmark tilbyder Center for Kliniske Retningslinjer (www.kliniske-retningslinjer.dk) at validere kliniske retningslinjer. Der foreligger allerede en del kliniske retningslinjer i den danske database, og flere er

under udarbejdelse. I databasen findes der dog ikke en klinisk retningslinje for, hvordan sygeplejen skal forholde sig til patienternes personlige hygiejne.

Det er et ledelsesansvar, at der foreligger de fornødne instrukser og vejledninger. Herigennem sikres en høj professionel standard, der igen medvirker til at undgå utilsigtede hændelser. Dette gælder ikke mindst hygiejnen.

På denne baggrund besluttedes det at gennemføre en dansk undersøgelse, der kan være med til at afklare de manglende aspekter, som kunne danne grundlaget for udarbejdelsen af en evidensbaseret klinisk retningslinje for sengebade.

En stikprøve/pilotundersøgelse på Køge Sygehus (Sygeplejersken 2009) viste, at 83 ud af 549 (15%) patienter på de medicinske afdelinger havde brug for fuld hjælp til personlig hygiejne udført gennem sengebade.

1500 sengebade hver dag på danske sygehuse

Ifølge Landspatientregisteret udskrives der 1.339.146 patienter om året

fra landets sygehuse www.ssi.dk. Hvis man forventer, at blot 10 % af dem har brug for hjælp til personlig hygiejne, og de fx gennemsnitlig er indlagt 4 dage, betyder det, at der dagligt på danske sygehuse bliver udført knap 1500 sengebade.

Derudover komme alle de plejehjem, handicapinstitutioner og patienter i eget hjem, hvor borgere har brug for hjælp til personlig hygiejne. Det daglige antal sengebade i Danmark kan dermed hurtigt blive fordoblet eller tredoblet. Der er altså tale om et ikke ubetydeligt antal og dermed også tale om mange plejetimer hver dag.

Klinisk kontrolleret studie

Inklusionskriterierne var sengeliggende hospitalsindlagte voksne patienter med behov for daglig hjælp til sengebade. Dansktalende patienter, der var i stand til at tage stilling til, om de ville medvirke i undersøgelsen.

Materialet består af 58 patienter, 28 mænd og 30 kvinder, gennemsnitsalder 73 år (interval 40 – 99 år). Patienter og sygeplejersker blev informeret mundtligt og skriftligt

om undersøgelsen, blev garanteret anonymitet jf. almindelige etiske retningslinjer for forskning.

Der var tale om et replikationsstudie udført som et klinisk kontrolleret studie, der skulle undersøge forskelle og ligheder mellem traditionelt sengebad og sengebad udført med vaskeservietter (Lis Horstmann Nøddeskou, 2010). Såvel patientens oplevelse af sengebadet som økonomien og personalets præferencer indgik som vigtige parametre.

Resultater – økonomi

Som det fremgår af tabel 1, er udgifterne til vaskeservietter og traditionelt sengebad ens. Efter at vaskeservietterne har været i udbud er prisen sænket fra godt 30 kr. til knap 6 kr. pr bad. Fra at have troet, at man helt kunne undvære håndklæde til badet med vaskeservietter, betød de etiske afvejninger med afdækning af patienten, at 1 håndklæde blev brugt. Det påvirkede den samlede pris med ca. 5 kr. og derved blev resultatet som ovenfor beskrevet.

Resultaterne af tidsforbruget fremgår af Tabel 2, som viser, at der i gennemsnit blev brugt 29 min. til

badet med vaskeservietter og 36 min. til traditionelt bad inklusiv forberedelse og oprydning. Besparelsen i personaletid svarer til henholdsvis ca. 20 kr. og 30 kr. pr. bad gældende for hverdage og helligdage.

Resultater – personalet

Det ses af Tabel 3, at på en skala fra 1-10 er gennemsnitscoren 9 for vaskeservietter mod 5 for traditionelt sengebad, hvilket er signifikant. Som det fremgår af figur 2, vurderer sygeplejerskerne brug af vaskeservietter væsentligt højere end

Tabel 1. Resultater af økonomien til remedier

Omkostninger	Vaskeservietter Mean (interval) Kr.	Vaskefad Mean (interval) Kr.	Wilcoxon Signed Ranks Test (p-værdi)
	11,84 (5,83-17,84)	11,87 (6,72-18,47)	P > .05

Tabel 2. Tidsforbruget til de to typer bad

Tidsforbrug	Vaskeservietter (n= 58) Minutter (interval)	Vaskefad (n=58) Minutter (interval)	Wilcoxon Signed Ranks Test (p-værdi)
Forberedelse	4 (2-15)	5 (3-10)	< 0.001
Sengebad	21 (8-35)	26 (13-42)	< 0.001
Oprydning	4 (1-6)	5 (2-8)	< 0.001
Total	29 (14 – 44)	36 (22 – 54)	< 0.001

brug af vaskefad. Mens vurderingerne af vaskeservietter fortrinsvis scorer mellem 8 og 10, scorer vaskefad spredt mellem 1 og 8.

Resultater – patienten

Tabel 4 viser, at af de patienter, der klart har kunnet udtrykke deres valg, har 47 % foretrukket vaskeservietterne. Der er 22 % af patienterne, der foretrak vaskefadet. For 31% af patienternes vedkommende var holdningen, at der ingen forskel var.

Resultater – sygeplejerske/patientforholdet

Tabel 5 viser, at der er overensstemmelse mellem sygeplejerske og patientpræference i 64 % af badene for vaskeservietter og 6 % for vaskefad i alt 70 %. Patient og sygeplejerske var uenige i 30 % af tilfældene.

Øvrige omkostninger – og hygiejne

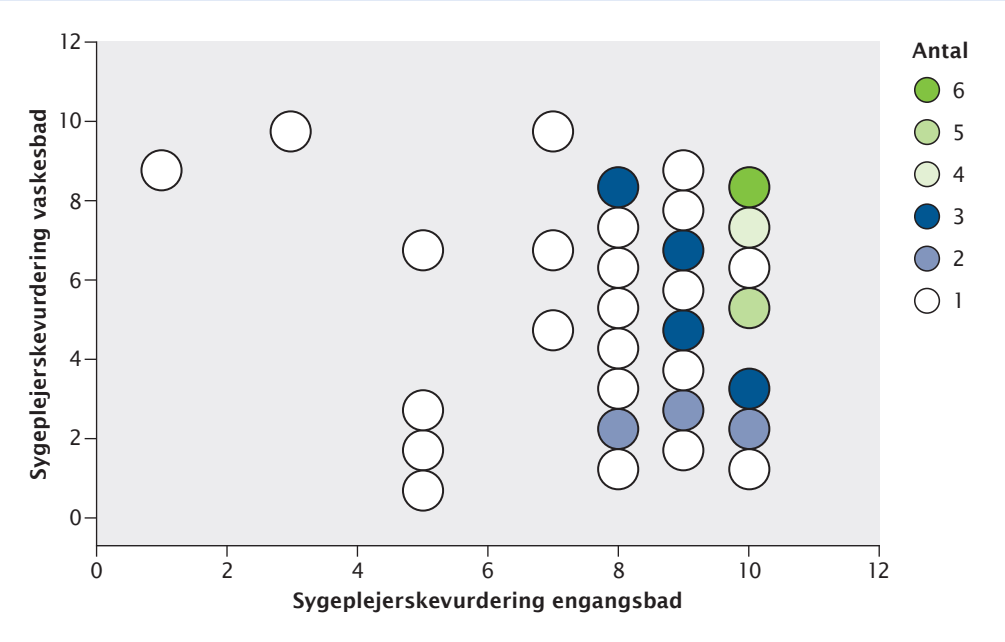
Øvrige omkostninger til sengebade, herunder prisen på og behovet for adgang til opvaskemaskiner og mikrobølgeovne til henholdsvis traditionelt sengebade og vaskeservietter, er der ikke foretaget beregnin-

Tabel 3. Samlet sygeplejerskevurdering af de to typer bad

Samlet Sygeplejerskevurdering	Vaskeservietter (n= 57) mean (interval)	Vaskefad (n=56) mean (interval)	Wilcoxon Signed Ranks Test (p-værdi)
Score (1-10)	9 (1-10)	5 (1-10)	< 0.001

Tabel 4. Patienternes sammenfattende præferencer

Patient interview	Foretrækker Vaskeservietter	Foretrækker Vaskefad	Lige godt
	24 (47%)	11 (22%)	16 (31%)



Figur 2. Sygeplejerskernes vurdering af vaskefad versus vaskeservietter

Tabel 5. Sygeplejerskers og patienters præferencer efter begge bade var udført

Patienter Sygeplejersker	Vaskeservietter	Vaskefad
Vaskeservietter	21 (64%)	7 (21%)
Vaskefad	3 (9%)	2 (6%)

ger på. Det skønnes dog, at omkostningerne alle falder ud til vaskeservietternes fordel.

Med hensyn til hygiejnen, har hospitalsinfektioner i mange år været et fokusområde for både sygehusledelser og politikere. Ansvar for patienternes og personalets sikkerhed har i et moderne sygehusvæsen høj prioritet.

Udfasningen af genbrug af kanyler, genbrug af flasker til donorblod, m.m. til fordel for engangskanyler og engangsblodposer skete for over 50 år siden. Dette skyldtes dels den tekniske udvikling og fremkomsten af plastmaterialer og andet engangsudstyr, men forekomsten af hospitalsinfektioner, der kunne henføres til genbrugsmateriale, spillede

også en rolle. Det er vigtigt, at alle smitteveje på sygehusene fjernes, således at hygiejnen på sygehusene i forhold til patienterne og personalet er så høj som muligt.

En vigtig faktor i dette arbejde har været brug af engangsudstyr. Indførelsen af vaskeservietter er yderligere et skridt på vejen, særligt også fordi afbrydelse af smitteveje med vandfadsmetoden er usikker (Johnson 2009).

Mange gode grunde til at anvende vaskeservietter

Der var ingen forskel på udgifterne til forbrug af utensilier ved de to typer sengebade. Derimod blev der brugt signifikant mindre tid (7 min.) ved badet med vaskeservietter. Det

medførte, at den samlede udgift således var reduceret 20% ved brug af vaskeservietter. Kvaliteten af sengebade var høj for begge typer sengebade (mindst 7 score ud af 8), dog bedst for vaskeservietter sammenlignet med traditionelt sengebade.

Sygeplejerskerne vurderer vaskeservietterne som bedre end brug af vaskefade i konkrete patientsituationer. Sygeplejerskerne foretrækker i 87% af sengebade vaskeservietter i en sammenlignende måling af de to sengebadstyper.

Der var en tendens til, at flest patienter foretrak vaskeservietter. Vaskeservietter bør derfor foretrækkes frem for traditionelt sengebade til patienter, der ikke selv er i stand til at udføre personlig hygiejne.

For at sikre endnu bedre evidens, har forfatterne etableret et samarbejde med Landssygehuset i Torshavn, hvor et nyt projekt netop er begyndt med en blandet patientgruppe af både medicinske og kirurgiske patienter.

Projektet er gennemført med støtte fra Trygfonden.



Om forfatterne



Lis Horstmann Nøddeskou

Ledende oversygeplejerske, SD, MKS (Master i Klinisk Sygepleje) Medicinsk afdeling, Køge Sygehus.

lhn@regionsjaelland.dk



Lars Hemmingsen

Cand. pharm. HD. Ekstern konsulent for Region Sjælland med biometri som ekspertområde.



Britta Hørdam

Sygeplejerske, cand.cur., Ph.D. Chefforsker UCSJ. Ekstern lektor Københavns Universitet.



Litteratur

- Center for Kliniske Retningslinjer. (<http://kliniskeretningslinjer.dk>)
- Hørdam, B, Pedersen, P.U. & Overgaard, D. 2008, Klinisk sygeplejeforskning: Udvikling og implementering, 1. udgave edn, Gad, [Kbh.].
- Johnsson, D., Lineweaver L., Maze LM. Patients bath basins as potential sources of infection. Am J. Crit. Care 2009 (18): 31-38.
- <http://www.ssi.dk/Resultat.aspx?ssisw=landspatientregisteret&ssisr=1>
- Larson, E.L., Ciliberti, T., Chantler, C., Abraham, J., Lazaro, E.M. Venturanza, M. & Pancholi, P. 2004, »Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients«, *American journal of critical Care*, vol. 13, no. 3, pp. 235-241.
- Nøddeskou LH., Hørdam B. Et sengebåd behøver ikke omfatte vand. Sygeplejersken, 2009; (16) : 54-57
- Nøddeskou, LH. (<http://www.folkesundhed.au.dk/masterprojekter/>) Traditionelt versus engangssengebåd – et klinisk kontrolleret studie.
- Skewes, S.M. 1994, »No more bed baths!... bag bath....a technique that lessens the risk of skin impairment«, *RN*, vol. 57, no. 1, pp. 34-35.



DSS-studierejse 2014

EU-Bruxelles fra 3. til 5. november

Hvilke muligheder og udfordringer giver EU det danske sundhedsvæsen?
– og hvordan skal vi håndtere det ledelsesmæssigt?

EU påvirker vores sundhedsvæsen på mange områder. Det nye EU-direktiv om patientmobilitet giver patienter muligheder for behandling på tværs af landegrænser, og i forhold til uddannelse og forskning spiller EU også en væsentlig rolle. EU's indflydelse på de nationale sundhedssystemer må forventes at

tiltage i de kommende år. DSS har i samarbejde med Europa-Huset – som er Europa-Kommissionens repræsentation og Europa-Parlamentets informationskontor i Danmark – arrangeret årets studierejse til EU i Bruxelles, for at høre nærmere om eksisterende og kommende love og regler.

Program

Mandag den 3. november

Studierejsen tager sin begyndelse kl. 20.00 i restauranten på Radisson BLU EU Hotel i Bruxelles med fælles middag og introduktion til studiebesøget. Forinden tjekkes ind på hotellet, hvor der er reserveret værelser.

Tirsdag den 4. november

Besøg i Europa-Parlamentet om formiddagen. Vi skal møde danske og muligvis også udenlandske medlemmer af Europa-Parlamentet – hvem, afhænger af det forestående parlamentsvalg. Der vil blive politiske oplæg med efterfølgende diskussion om aktuelle og kommende EU-tiltag på sundhedsområdet.

Om eftermiddagen møde med Danske Regioners lobbykontor i Bruxelles. Der vil her blive lejlighed til at høre og drøfte, hvordan danske regioner og danske universiteter søger at påvirke beslutningerne i EU.

Onsdag den 5. november

Dagen er afsat til et besøg i Europa-Kommissionen, hvor der bliver arrangeret møder med relevante nøglepersoner. Vi skal høre om Kommissionens tanker og initiativer på sundhedsområdet.

Dagen slutter herefter, ca. kl. 16-17, hvorefter der er fri planlægning for hjemrejse.

Kursus- og uddannelsesudvalget

Info

Deltagergebyr 3.800 kr.

Dækker:

- 2 overnatninger på Radisson BLU EU Hotel i Bruxelles fra 3. til 5. november.
- Middag mandag den 3. november på hotellet.
- Middag tirsdag aften den 4. november på restaurant i gåafstand fra hotel.
- Frokoster som indtages i Parlamentet og Kommissionen.
- Deltagere står selv for rejse og rejseomkostninger samt transport til og fra lufthavn.
- Rejsen er berammet til max. 25 deltagere og min. 15 deltagere. Tilmelding efter »først til mølle princippet«
- Dog har personlige medlemmer af DSS 1. prioritet.
- Institutionsmedlemmer 2. prioritet.

– og skulle der blive plads til ikke medlemmer af DSS, vil deltagergebyr her være 4.800 kr.

Tilmelding

Foretages fra 1. maj via Selskabets hjemmeside www.DSSnet.dk – eller via Sekretariatet:

e-mail: tovekrarup@mail.dk – telefon 24 66 48 90.

Tilmelding foretages *senest 1. juli*, hvorefter tilmeldingen er bindende. Primo juli vil de, der får plads på Studierejsen, blive kontaktet med yderligere praktiske oplysninger og information.